FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Année 1904

THÈSE

N° 77

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 11 février 1904, à 1 heure.

PAR

J. BERGONIER

Interne-Lauréat
de l'hôpital civil de Versailles

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA LOI SANITAIRE

DU 15 FÉVRIER 1902

Président : M. BROUARDEL, *Professeur.*

Juges : M. GILBERT, *Professeur.*
M. WURTZ, } *agrégés.*
M. VAQUEZ, }

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente)

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DÉJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE
Clinique médicale	LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE.
Maladies des enfants	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	RIEFFEL.
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GILLES DE LA TOURETTE.	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
BROCA (Aug.)	GOUGET.	MARION.	THOINOT.
BROCA (André).	GUIART.	MÉRY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNEO.	JEANSELME.	RENON.	WALTHER.
DEMELIN.	LANGLOIS.	RÉMY.	WIDAL.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROUARDEL

DOYEN HONORAIRE DE LA FACULTÉ

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE

GRAND OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE DE L'INSTITUT ET DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Arrivé au terme de nos études médicales, nous avons à cœur de remercier nos maîtres. Nous adressons l'expression de notre reconnaissance à M. le Pr Le Dentu, à M. le Dr Barlé, médecin de Laennec, pour la bienveillance avec laquelle ils voulurent bien nous accueillir et pour les conseils qu'ils nous prodiguèrent.

Nous avons contracté envers M. le docteur Broussin une dette de reconnaissance qu'il nous sera bien difficile d'acquitter. Nous le prions d'accepter l'assurance de toute notre reconnaissance pour la sollicitude qu'il nous a toujours témoignée.

MM. les Drs Vilon et Laurent nous ont toujours prodigué des marques d'intérêt et de sympathie que nous ne saurions oublier.

Nous tenons à remercier MM. les Drs Parelle, Mauger, Chauveau et de Lauréal pour l'accueil bienveillant qu'ils nous ont toujours réservé dans leur service.

Nous tenons à assurer de notre gratitude le Dr Yot qui nous témoigna toujours tant d'amitié et qui nous enseigna la pratique des autopsies médico-légales.

Nous remercions enfin M. le Pr Brouardel d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous faisant ainsi un honneur dont nous apprécions la portée et dont nous lui sommes reconnaissant.

INTRODUCTION

Les découvertes de la science moderne, les travaux des savants ont mis en lumière la solidarité qui existe entre les individus d'une même famille, d'une même ville, d'une même nation et celle qui existe même entre les nations.

Les hygiénistes et les savants ont déterminé les conditions de salubrité nécessaires ou même simplement favorables au développement de la vie. Après avoir montré l'action de l'air sur les organes, ils ont mis en relief l'importance de l'eau dans l'alimentation et son rôle dans la transmission des maladies contagieuses.

Ils ont recommandé la ventilation active des ateliers, usines, locaux habités et ils ont insisté sur la nécessité de fréquentes désinfections qui détruiront les germes nuisibles et empêcheront leur propagation.

Mais ces mesures d'hygiène, rendues nécessaires par les conditions de la vie moderne, exigent tant dans leur concep-

tion que dans leur exécution, une unité d'action que l'on ne peut attendre de particuliers même agissant collectivement.

L'Etat doit intervenir pour remédier aux lacunes qui peuvent provenir soit de l'ignorance des individus, soit de leur apathie, soit de leur manque de ressource.

Ce sont ces considérations qui ont poussé le Parlement français à intervenir et à imiter les autres nations qui avaient codifié les règlements sanitaires et à voter la loi sur la santé publique.

L'honorable M. Borne, rapporteur de cette loi à la Chambre, demandait à ses collègues de bien vouloir la voter, car, disait-il, on aurait, de cette façon, un code sanitaire, non pas définitif et complet, mais un code que l'on pourrait perfectionner de façon à remplir tous les desiderata.

Est-ce à dire que dans la législation française, nous n'avions pas de lois sanitaires, capables de protéger la santé publique ?

Non des articles de loi existaient qui bien appliqués auraient pu êtres utiles, s'il n'y avait pas eu indolence, tant de la part des agents chargés de veiller à l'exécution des lois, que de la part des tribunaux qui auraient dû veiller à la répression des délits survenus à la suite de la non exécution de ces lois.

Mais il existait dans la loi sanitaire française un vice fondamental. Si le maire était, en droit, chargé de veiller sur tout ce qui concernait la santé publique, il n'en était pas moins vrai que son autorité en matière d'hygiène était limité à l'extérieur des maisons ; qu'il ne pouvait indiquer les moyens de faire cesser une cause d'insalubrité.

De plus, la loi de 1884 n'avait ni prévu ni assuré le mode

de paiement des frais que pouvait occasionner l'exécution des mesures de salubrité publique. La loi était insuffisante en ce qui concernait les travaux d'assainissement. Le Conseil d'hygiène publique de France comme ceux des départements et arrondissements ainsi que les commissions des logements insalubres étaient des assemblées purement Consultatives, sans aucune initiative.

La loi de 1892 avait bien marqué l'obligation pour les médecins de déclarer les maladies épidémiques, mais cette obligation n'avait pas de sanction, parce que la désinfection n'était pas obligatoire comme la déclaration. Telles étaient les critiques que les principaux hygiénistes adressaient aux lois sanitaires françaises.

La loi de 1902 a-t-elle tenu compte de ces desiderata ? Dans quelle mesure leur a-t-elle donné satisfaction ?

C'est ce que nous nous proposons d'étudier dans notre thès

Aussi après avoir retracé l'historique de la loi de 1902 nous étudierons les principaux articles relatifs :

1° A l'administration sanitaire ;

2° A la déclaration et à la désinfection obligatoire ;

3° Aux travaux d'assainissement ;

4° Aux logements insalubres ;

5° Aux conseils d'hygiène.

Historique de la loi.

Le 22 juin 1886, M. Siegfried dont l'activité pour ce qui était des questions d'hygiène a été si considérable et si utile, déposa un projet de loi sur « l'organisation et l'administration de la santé publique. » Sur le rapport de M. Reybert, cette proposition fut prise en considération, et le 14 décembre une commission spéciale fut chargée de l'examen.

A quelques semaines de là, M. Lockroy, ministre du commerce et de l'industrie, accepta la paternité de deux projets relatifs, l'un à « l'organisation des services de l'hygiène publique » l'autre, « à l'assainissement des logements et habitations insalubres». Tous deux furent renvoyés à la commission qui étudiait la proposition Siegfried, et le 1er décembre 1887, M. Chamberland nommé rapporteur, déposa ses conclusions. Les lenteurs parlementaires triomphèrent de cet effort et à l'expiration de la législature, ce rapport n'était pas encore discuté.

Mais ce rapport a une grande importance, il fait date et il convient de s'y arrêter.

M. Chamberland remarquait tout d'abord que ; si la mortalité était en France ce qu'elle est en Suisse 14,1 pour 1000, nous économiserions chaque année pour une population de 37.700.000 habitants, 150.000 existences. Il montrait combien ces existences que l'on pouvait sauvegarder étaient précieuses pour le pays et combien il était nécessaire de s'occuper de la salubrité publique.

Aussi proposait-il de créer à côté du maire et du préfet, indolents ou insuffisamment armés, un agent spécial auquel il donnait le nom d'inspecteur départemental de la santé publique et qui « veillerait à l'exécution des lois, s'enquerrait de la salubrité des différentes communes et signalerait celles où des travaux sont indispensables. »

En outre, cet agent renseignerait les maires qui le consulteraient et aviserait des maladies contagieuses qui menaceraient de ravager la région.

A côté de cet agent, le rapporteur plaçait un conseil de la santé publique qui devait comprendre toutes les sommités médicales et scientifiques du département. Au sommet de la hiérarchie sanitaire, il créait une direction de la santé publique au ministre de l'intérieur, et un grand conseil analogue au comité consultatif d'hygiène.

Le côté financier se résumait ainsi ; les dépenses annuelles à la charge des départements étaient évaluées pour chacun d'eux à 5.500 francs les dépenses de l'Etat à 850.000 francs, chiffres bien insignifiants si l'on considère l'importance des services que cette nouvelle organisation ne pouvait manquer de rendre.

Bref, le rapport de Chamberland pouvait se ramener à trois points :

1° Institutions de conseil et de commission d'hygiène publique ;

2° Détermination de leur attribution ;

3° Création d'un service spécial d'inspection.

Ces différents projets ou propositions, devenus caducs, furent repris et déposés à nouveau par leurs auteurs en 1889.

La nouvelle commission chargée de les étudier demanda au gouvernement son avis, et M. Constans, ministre de l'Intérieur, déposa le 3 décembre 1891 « un projet de loi pour la protection de la santé publique » et alors que MM. Lockroy et Siegfried ne s'étaient guère occupés que de l'administration sanitaire, ce projet prévoyait un ensemble de mesures destinées à assurer au pays de meilleures conditions d'hygiène.

La Chambre chargea M. Langlet de faire un rapport sur cette proposition ainsi que sur la proposition de MM. Siegfried et Lockroy.

Ce rapport fut discuté les 26 et 27 juin 1893. Le texte voté se présenta ainsi :

1° Mesures relatives aux localités, immeubles, personnes ;

2° Organisation du service sanitaire, dépenses, pénalités.

M. le Pr Cornil, chargé du rapport au Sénat, fit suivre son rapport d'un projet de rédaction un peu dissemblable.

Titre I. — Mesures sanitaires relatives aux épidémies ; mesures sanitaires applicables aux immeubles, à l'assainissement des localités, arrêtés sanitaires communaux.

Titre II. — Administration sanitaire, inspection sanitaire conseils et commissions sanitaires.

Titre III, IV et V. — Dépenses, pénalités, dispositions diverses.

C'est ce texte qui fut définitivement adopté et voté par la Chambre dans son intégralité, si l'on excepte le dernier alinéa relatif à la création des inspecteurs d'hygiène, création qui fut écartée pour des raisons d'économie. Telle est brièvement résumée la genèse de la loi de 1902.

CHAPITRE PREMIER.

Administration sanitaire.

L'article premier, de la loi du 9 février 1902 formule à nouveau ce principe fondamental dans la législation française que la police sanitaire des communes appartient aux maires. Il prescrit obligatoirement à ces magistrats de prendre des dispositions réglementaires en vue d'assurer l'hygiène et la salubrité publique. Il consacre enfin une extension notable de l'autorité communale.

La loi municipale du 5 avril 1884 rangeait dans la police municipale le soin d'assurer la salubrité publique. Mais l'expérience a montré combien cette disposition était inefficace. Alors qu'il aurait été utile de protéger la santé publique par des actes ayant le caractère communal, le maire ne le faisait pas et ne pouvait pas le faire. Ces actes auraient entraîné des dépenses qui n'étaient même pas prévues par la loi.

Quant aux mesures qu'il eut été utile d'imposer aux individus ou à la propriété privée, elles se heurtaient à une juridiction si restrictive que la défense de l'intérêt général était impossible.

En effet, des restrictions importantes venaient rendre illusoires les pouvoirs que le maire tenait de l'article 78 de la loi, de 1884, article qui paraissait lui donner les pouvoirs les plus étendus. Sans doute, le maire pouvait prescrire au propriétaire de balayer au-devant de leur maison et magasin. (Ceci résultait d'ailleurs de l'article 71 du code pénal, et la cour de cassation a jugé que cette charge pouvait être imposée aussi bien au locataire qu'au propriétaire). Sans doute, il pouvait réglementer tout ce qui concerne les dépendances des habitations, interdire l'élevage d'animaux domestiques, ordonner l'écoulement des eaux stagnantes, mais en revanche il ne pouvait intervenir que lorsque la salubrité est en cause. Or quand en est-il ainsi ?

Ce sujet a donné lieu à de nombreuses discussions et on a pu voir notamment qu'en dépit des découvertes de la science, le tribunal de simple police de Paris a pu décider le 7 février 1885 que l'arrêté d'un maire ordonnant à un propriétaire d'alimenter sa maison en eau était entaché d'illégalité.

« C'était, disait le tribunal, une mesure de commodité et de bien être pour les locataires bien plus qu'une question intéressant la salubrité publique. »

Une deuxième restriction aux pouvoirs du maire résidait dans le fait qu'il ne pouvait intervenir à l'intérieur des habitations pour raison d'hygiène. Enfin, les hygiénistes signalaient, comme très regrettable, au point de vue de l'hygiène, cette jurisprudence de la cour de cassation qui tout en per-

mettant au maire d'ordonner les mesures destinées à faire disparaître les causes d'insalubrité, lui interdisait d'indiquer les moyens pour atteindre ce but.

« Si un maire peut également enjoindre à un particulier « en cas d'insalubrité de mares produites par des barrages « élevés en vue de l'irrigation de vignes, de faire cesser cette « insalubrité, il excède ses pouvoirs en déterminant la nature « des moyens à employer, alors qu'il n'est pas établi que le « moyen imposé par l'arrêté municipal soit seul efficace » (Carré, *Ecole des communes*, 28 juillet 1893, page 26.)

Un arrêt de la cour de cassation, en date du 25 juillet 1889, avait décidé que l'arrêté d'un maire prescrivant la suppression d'un puits contaminé est illégal.

Ainsi, le maire ne pouvait intervenir que lorsque la salubrité était une cause et la jurisprudence n'était pas fixée sur le sens de ce mot. Il n'avait aucune autorité s'il s'agissait d'une cause d'insalubrité intérieure. S'agissait-il d'une cause d'insalubrité extérieure il ne pouvait indiquer les moyens de remédier au mal, et si les mesures prises par lui devaient entraîner des dépenses, il ne pouvait les prendre, car il ne pouvait pas engager la commune pour ces dépenses qui n'étaient pas obligatoires.

De plus, ses arrêtés n'étaient exécutoires qu'après que le préfet en avait eu connaissance.

Il était donc urgent, ainsi que le constatait M. Borne dans son rapport, que le législateur renouvelât et précisât l'expression de sa volonté.

L'article premier formule avec clarté les droits incontestables de l'intérêt public, et les dispositions subséquentes ne font que confirmer sa portée juridique.

Cet article fut proposé par M. Constans ; il était le résultat des études et des vœux du comité consultatif d'hygiène publique de France. Le Dr. Martin, rapporteur du comité consultatif, avait insisté avec beaucoup de force sur l'insuffisance et l'indétermination des pouvoirs de l'autorité municipale.

« Le Maire, avait-il écrit, ne possède aucun pouvoir qui lui « permette d'être juge des moyens qui permettent d'atteindre le but que la loi assigne à son intervention en matière « d'hygiène et il ne peut d'avantage prendre de lui même « une mesure quelconque qui puisse engager les finances « de la commune, même en cas d'urgence. — Telles sont « les réductions que la loi et la jurisprudence apportent à « ses pouvoirs ; elles sont encore accrues par l'obligation où « elles le placent de ne pouvoir prescrire un moyen exclusivement obligatoire pour faire disparaître les causes d'en« salubrité. »

Le gouvernement n'était pas moins explicite.

Aussi l'article premier donne-t-il au maire le droit et le devoir de prendre un arrêté portant règlement sanitaire. Cette obligation pour la commune de posséder un règlement sanitaire ne porte aucune atteinte à son libre choix de la meilleure réglementation adoptée aux conditions locales. « Ce qui peut être « une cause réelle d'insalubrité sur un point du territoire, a « dit le rapporteur de la loi, peut n'avoir aucune espèce d'in« convénient dans des conditions différentes. Les pays du « nord et les pays du midi, les pays de montagnes et les pays « de plaine, ceux qui ont une rivière et ceux qui n'en ont « pas, ont des besoins hygiéniques différents. Partant les « principes qui doivent permettre à l'homme de vivre dans « de bonnes conditions de salubrité sont les mêmes, mais les

« applications doivent varier avec les conditions locales in-
« nombrables. »

De plus, s'il s'agit de grandes ou de petites communes, les règlements sanitaires seront différents.

M. Waldeck-Rousseau s'exprimait ainsi : « J'ai hâte de dire
« que dans les communes où l'agglomération est souvent peu
« considérable, par suite de la dispersion de la population,
« lorsqu'il s'agira de prescrire certaines mesures nécessitées
« par l'agglomération des habitants, il est clair que ce seront
« des mesures en quelque sorte élémentaires. »

Ce point de vue a été repris par M. le Pr. Cornil, qui de nouveau a insisté sur son importance.

On ne peut donc pas douter de la pensée du législateur en ce qui concerne la diversité des règlements communaux. Toutefois, certains points de la composition générale du règlement sanitaire sont déterminés par la loi qui spécifie que des instructions ministérielles, déterminées sur l'avis du comité consultatif d'hygiène publique de France, seront adressées aux municipalités en vue de les diriger dans la rédaction de ces règlements.

Contrairement aux arrêtés ordinaires qui ne peuvent être qu'annulés ou suspendus par le préfet, les arrêtés sanitaires doivent être pris après avis du conseil municipal et sont ensuite subordonnés à l'approbation du préfet sur l'avis du conseil départemental d'hygiène. En pratique, les maires devraient donc, après avoir fait leur projet de règlement sanitaire, le soumettre à l'examen du conseil municipal qui pourra, soit l'approuver, soit le désapprouver, soit y demander des modifications. Mais le maire n'est pas forcé de tenir compte de l'avis du conseil municipal ; il peut le main-

tenir ou ne le modifier que dans la mesure où il le juge utile. Les arrêtés des maires seront examinés par les commissions sanitaires qui les transmettront avec leur avis au conseil départemental, lequel approuvera ces arrêtés, ou les désapprouvera, ou demandera des modifications. Dans ces deux derniers cas le préfet usera de son influence auprès des maires pour les décider à présenter un nouveau texte.

C'est seulement dans le cas où le projet rencontrerait de la part d'un magistrat municipal une résistance ou un mauvais vouloir évident que le préfet fera usage du droit qui lui est reconnu par le paragraphe 2 de l'article 2.

Le premier paragraphe de l'article 2 stipule « que les règlements sanitaires communaux ne font pas obstacles aux droits conférés au préfet par l'article 99 de la loi du 5 avril 1884 ».

Les dispositions combinées de ces deux articles confirment au préfet le droit de prendre, en tout état de cause, des arrêtés de salubrité visant, soit plusieurs communes, soit toutes les communes et ce procédé pourra être employé, lorsque, pour combattre une cause d'insalubrité commune à une région, il sera reconnu nécessaire de faire pour cette région une réglementation uniforme.

Si, dans le but d'accomplir des travaux d'assainissement, plusieurs communes font connaître leur volonté de s'associer conformément à la loi du 22 mars 1890, elles pourront adopter les mêmes règlements qui leur seront rendus applicables suivant les formes prévues par le texte de loi.

S'il y a à prendre d'urgence certaines mesures prophylactiques d'un intérêt incontestable (telle que interdiction d'un puits suspect, suppression d'un puisard), le préfet est autorisé

par l'article 3 à ordonner ces mesures. Mais cette intervention doit être basée sur l'urgence qui doit être constatée par un arrêté du maire ou à son défaut du préfet.

« Le caractère de l'urgence, dit dans son rapport le Pr Cornil, « est indiqué par l'explosion d'une épidémie d'une gravité « exceptionnelle, par un danger imminent pour la santé « publique, par certains cas où le pouvoir du maire est insuf- « fisant pour parer à la gravité de la situation, lorsqu'il s'agit « de mettre à exécution des mesures qui, suivant la procédure « ordinaire, exigent de longs délais ».

Il n'est d'ailleurs nullement nécessaire que le danger envisagé ait pris une extension notable, car l'article 3 prévoit des mesures applicables à une seule personne. Les éléments de décision seront constitués par la gravité ou la puissance de propagation de la maladie.

Examinons maintenant quels moyens de contrôle le législateur a donné au pouvoir central pour la surveillance de l'exécution des mesures sanitaires.

Le projet de loi de 1891, présenté par le gouvernement, avait proposé de laisser à un règlement d'administration le soin d'apporter les modifications nécessaires au décret du 8 mai 1887.

La pensée du gouvernement avait été de charger du contrôle le service des enfants assistés, dont on aurait étendu les pouvoirs. Mais la commission de la Chambre, désirant qu'il y eût au département une personne chargée de ce service, proposa la fusion des services qui sont en rapport avec l'hygiène et l'assistance publique.

La commission du Sénat ajouta un paragraphe relatif au bureau d'hygiène.

Cet article suscita des grandes protestations. Le 11 décembre, le rapporteur déclare que la commission avait abandonné l'idée de faire nommer des inspecteurs soit régionaux soit départementaux.

Le législateur repoussa donc l'insertion, dans le texte de loi, de cet article favorisant et organisant un service d'inspection de la santé publique.

L'article 19 prévoit que le préfet ne pourra organiser le service de contrôle et de l'inspection qu'après une délibération du conseil général réglementant les détails et le budget dn service. Le conseil général possède un contrôle financier dans le cas où le préfet estime qu'il y a lieu, pour assurer l'exécution de la loi, d'organiser un service de contrôle, mais il ne paraît guère soutenable d'interpréter cet article dans le sens suivant, à savoir que le conseil général peut refuser la création de ce service de contrôle.

Cette interprétation irait à l'encontre de la loi, quand elle dit que c'est le préfet qui doit se substituer au maire pour sauvegarder la santé publique quand le maire ne le fait, pas et que le préfet exerce un contrôle sur les actes du maire.

Le paragraphe 2 marque une heureuse innovation.

Depuis quelques années, un certain nombre de grandes villes, notamment, Bordeaux, Amiens, Lille, Saint-Etienne, Nice, Grenoble, Rouen, Boulogne-sur-Mer, Nancy, le Havre, Lyon, Pau, Vaucluse, Perpignan, Dijon, avaient organisé chez elles des bureaux d'hygiène.

Ces bureaux étaient dirigés par des hommes d'une compétence éprouvée ; ils ont rendu et rendent encore de grands services, et cependant ils n'avaient à leur disposition que des moyens d'actions insuffisants. De plus, chacun était organisé

d'une façon particulière et il n'y avait pas de lien entre eux.

Désormais, la création d'un bureau d'hygiène sera obligatoire pour les villes de 20.000 habitants, ainsi que pour les communes d'au moins 2.000 habitants quand elles seront le siège d'un établissement thermal.

Sans doute, ces services seront municipaux, mais il sera aisé, soit au comité consultatif d'hygiène publique de France, soit au ministre de l'intérieur d'indiquer dans quelles conditions ils seront aptes à rendre le maximum de services.

CHAPITRE II

Déclaration et désinfection

Le texte du projet de loi de 1891 visait dans son article 7 tout ensemble la déclaration à l'autorité publique de tout cas de maladie endémo-épidémique et la confection de la liste, par arrêté du ministre de l'intérieur sur avis conforme de l'Académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique.

La liste était faite et prévue exclusivement pour la déclaration médicale.

L'article 7 ne faisait d'ailleurs que reproduire la disposition similaire qui existait dans la loi sur l'exercice de la médecine. Si on en excepte toutefois la détermination du délai dans lequel devait être faite la déclaration et l'obligation de la déclaration pour le chef de famille et les personnes qui soignent le malade, dans le cas où cette déclaration n'aurait pas été faite par le médecin.

Cet article insistait de plus sur ce fait que la liste des maladies épidémiques, était susceptible de revision. Cette idée était ainsi exposée par le rapporteur au comité consultatif d'hygiène publique. « Les découvertes récentes ont singulièrement modifié, depuis quelques années, nos opinions sur la nature et l'origine de certaines maladies. La liste des affections contagieuses justiciables de l'hygiène, au point de vue de leur propagation ou de leur disparition, peut donc s'accroître, il serait imprudent de la clore dès maintenant ». M. Cornil fit ressortir dans son rapport la différence qui existe entre l'article de la loi du 30 novembre 1892 et celui de la loi qui était alors en discussion. En effet, dans la première un simple arrêté ministériel fixait la liste des maladies à déclarer, tandis que l'article 4 de la loi de 1902 exige un décret du président de la République.

« Les corps savants, disait-il, qui sont consultés sur l'énoncé des maladies épidémiques sont les mêmes, mais la dernière phrase indique que cette liste ne sera pas définitive et qu'on pourra y ajouter toute autre maladie reconnue plus tard comme épidémique et pouvant revêtir un caractère dangereux ».

La liste des maladies à déclarer était ainsi fixée par l'arrêté du 26 novembre 1893, fièvre typhoïde, typhus exanthématique, variole, varioloïde, scarlatine, diphtérie, suette miliaire, fièvre jaune, dysentérie choléra, maladies cholériformes, peste, infection puerpérale lorsque le secret de la grossesse n'est pas réclamé, et l'opthalmie des nouveaunés.

M. Cornil montra combien cette liste était incomplète puisqu'elle ne comprenait ni l'erysipèle, ni la rougeole, ni la

coqueluche ni la tuberculose et démontra ainsi, une fois de plus combien il était nécessaire de reviser la liste.

Dans la pensée de la commission et du rapporteur cet article était complété par l'article relatif à la déclaration, il en était, à vrai dire, le préambule.

L'article 5 n'est pas la reproduction textuelle de l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine. Il le confirme et le complète tant au point de vue de la détermination des personnes tenues de faire la déclaration que des formalités à remplir pour l'établissement de la liste des maladies qui doivent être déclarées.

Le texte primitif de 1891 ne mettait pas seulement en cause les docteurs, officiers de santé ou sages-femmes. Il stipulait qu'à leur défaut la responsabilité de la déclaration d'un cas de maladie endémo-épidémique incombait au chef de famille ou aux personnes qui soignent le malade. L'exposé des motifs invoquait l'autorité d'un rapport présenté au comité consultatif par le Dr Martin, et l'exemple des législations étrangères pour justifier la nécessité de cette déclaration des cas de maladies épidémiques imposés au médecin d'abord, au chef de famille ensuite ; il s'appuyait ensuite sur le fait que les municipalités ne peuvent pas invoquer la jurisprudence pour assurer l'exécution de semblables dispositions.

M. Langlet, rapporteur, a fait connaître que cet article tel qu'il a été soumis à la Chambre et voté par elle n'a prêté devant la commission à aucune discussion. Il ajoutait « Nous aurions pu, à la rigueur, laisser cet article de côté si nous n'avions pas tenu à ajouter aux médecins les personnes qui soignent le malade ou l'approchent dans des conditions déterminées. »

La commission de la Chambre, la Chambre des députés et la commission du Sénat étaient d'accord pour étendre l'obligation de la déclaration, à défaut des docteurs, officiers de santé ou sages-femmes, au chef de famille, maître d'hôtel, au directeur d'établissement, ou aux personnes qui soignent les malades. Mais au Sénat, M. Treille proposa la suppression de l'article 5, soutenant qu'il était impossible d'exiger d'un autre que d'un médecin la déclaration des maladies transmissibles.

M. le Pr Brouardel exposa les raisons pour lesquelles, à la demande des médecins et de toutes les personnes qui s'intéressent aux mesures prophylactiques, la commission avait cru devoir ajouter ces mots contre lesquels s'élevaient les protestations du Sénat. Mais il ne fut pas écouté, et la première partie de l'article 5 fut seule votée.

Cette rédaction incomplète est fort regrettable car après avoir inscrit dans la loi le principe de la déclaration obligatoire, il était indispensable de la mettre à la charge non seulement du médecin, de l'officier de santé ou de la sage-femme qui en connaissaient l'existence, mais encore à leur défaut à la charge du chef de famille, du maître d'hôtel, du directeur d'établissement ou des personnes qui soignent le malade.

M. Ferrand allait encore plus loin, lorsqu'il déclarait à l'académie « qu'en principe comme en fait le médecin lui paraissait avoir tout caractère pour formuler la déclaration, mais que c'était à la famille et à l'entourage du malade à la transmettre à qui de droit et enfin à l'administration à la recevoir et à prendre les mesures dont elle appelle l'application. »

A l'étranger, la loi anglaise de 1889 étendue à l'Ecosse impose la déclaration au chef de famille ou à défaut aux parents les plus proches, ou à défaut encore à celui qui soigne les malades enfin, en dernière analyse aux principal locataire.

Dans un ouvrage récent (*La Croisade sanitaire*) M. Paul Strauss rappelle que dans la législature allemande, la déclaration est obligatoire pour le père de famille, l'hôtelier, le propriétaire comme pour les médecins.

En Hongrie, l'obligation de déclarer les maladies transmissibles incombe à l'autorité communale, aux médecins, aux ecclésiastiques, aux instituteurs en général à tous ceux qui en ont connaissance.

En Norvège, la loi sanitaire de 1860 l'impose au chef de famille et au médecin traitant. A New-York l'obligation existe pour les gérants d'hôtel et les chefs d'institution.

Notons, que, d'après la disposition de l'ordonnance de police du 25 octobre 1883, tout individu qui tient un garni devra faire une déclaration immédiate « toutes les fois qu'un cas de maladie contagieuse ou épidémique s'y sera manifesté ».

L'article premier de l'arrêté du 10 février 1903 confirmant celui du 13 novembre 1893 décide que l'autorité chargée de recevoir la déclaration sera représentée par le maire de la commune et le préfet ou le sous-préfet de chaque arrondissement.

A quel moment le préfet et le maire devront-ils être prévenus.

L'article 15 de la loi du 30 novembre disposait que tout praticien est tenu de faire sa déclaration, son diagnostic établi. Il n'a été apporté aucun changement à cette disposition.

C'est donc sans retard, dès que son diagnostic est établi, que le médecin doit faire sa déclaration. C'est la nécessité d'agir immédiatement qui a rendu nécessaire la double déclaration. Si en effet, le maire refuse ou néglige de prendre la mesure que commande la santé publique, il importe que le cas échéant, le préfet puisse se substituer à lui.

La déclaration étant faite, que devra faire le maire ?

La liste numérotée des malades dont la déclaration est obligatoire est reproduite sur la couverture du carnet des médecins. Le maire n'aura donc aucune peine à savoir quelle est la maladie et il n'aura qu'à se conformer aux instructions du comité consultatif d'hygiène publique.

Le maire devra veiller à ce que ces prescriptions soient exécutées. Il recommandera de ne laisser approcher du malade que les personnes qui sont nécessaires pour le soigner. Il veillera à ce que la désinfection soit effectuée avec soin. Si le malade est pauvre il pourra lui faire donner gratuitement des désinfectants.

Le rôle du sous-préfet, rôle fixé par la circulaire du 1er décembre 1893 est de veiller à ce que les instructions du comité consultatif d'hygiène publique soient entre les mains des maires. Si plusieurs cas viennent à se produire, il doit envoyer immédiatement le médecin des epidémies et informer le préfet qui fera connaître au ministre les mesures qui auront été prises.

L'article 7 de la loi de 1902 concernant la désinfection a été introduit pour la première fois, dans le texte de la loi, par la commission du Sénat en 1895.

« Cet article, écrivait le rapporteur M. Cornil, c'est la conséquence et le développement de l'une des prescriptions de

« l'arrêté du maire portant règlement sanitaire. L'article 7 rend « la désinfection obligatoire pour les maladies épidémiques « prévues à l'article 4 ; elle est effectuée par les soins de « l'autorité municipale dans les communes de plus de 20.000 « habitants, par les soins d'un service municipal dans les « autres. Ce même article règle les conditions que doivent « remplir les étuves de désinfection. »

Puis après avoir rappelé l'efficacité et la nécessité de la désinfection, l'honorable rapporteur ajoute :

« Le règlement communal prévu par l'article premier spécifie « bien les mesures de désinfection, mais ne suffit pas à les « imposer. L'ignorance, l'insouciance ou l'incurie de quelques « personnes pourraient se prévaloir de l'absence d'un texte « législatif à ce sujet pour s'opposer à la désinfection des « locaux ou des objets contaminés, ce qui serait une source « de contagion pour les voisins et pour la cité. Il ne serait « pas impossible non plus que nombre de municipalités « indifférentes ne se basent sur l'absence de toute disposi- « tion légale pour ne rien ordonner à cet égard et laisser « tomber en désuétude sans l'appliquer le règlement sanitaire « mentionnant la désinfection. »

Telle a été la raison déterminante de cette adjonction essentielle puisqu'elle porte sur un des principaux éléments de la prophylaxie des maladies infectieuses et transmissibles. Entre la première et la seconde délibération, le Sénat fut saisi par M. Treille d'un amendement ainsi conçu :

« La désinfection est obligatoire en temps d'épidémie ou « en cas de menace d'épidémie de peste, de fièvre jaune, ou « de choléra. Les procédés de désinfection devront être « approuvés par le ministre de l'intérieur, après avis du « comité consultatif d'hygiène publique de France. »

M. Charles Prevet questionna le commissaire du gouvernement pour savoir si on entendait réserver ce service de désinfection aux municipalités ou si au contraire il demeurait entendu que loin de troubler l'existence des entreprises privées actuellement existantes, on était dans l'intention de favoriser leur développement.

M. Brouardel, commissaire du gouvernement, fit alors la déclaration suivante :

« Messieurs, dans l'article qui vient d'être mis en discus-
« sion il n'y a absolument rien qui puisse entraver la liberté
« individuelle. La seule chose que nous demandons, c'est
« que les procédés qui seront employés soient reconnus effi-
« caces. Dès l'instant qu'ils le seront, tout le monde pourra
« les employer, l'industrie privée, comme les municipalités
« ou toute autre personnalité. Ce que nous avons voulu c'est
« uniquement protester contre l'hypocrisie d'une désinfec-
« tion faite par des procédés n'ayant aucune espèce de
« valeur. »

A la délibération finale du Sénat, à la séance du 4 février 1902, M. Treille avait déposé un nouvel amendement ainsi rédigé :

« La désinfection est obligatoire pour tous les cas de mala-
« die contagieuse. Elle ne sera appliquée administrativement
« que sur la demande du médecin traitant ou lorsque celui-ci
« n'aura pas déclaré avoir fait prendre lui-même les mesures
« nécessaires. Nous ne faisons pas obstacle, à la condition
« qu'on revienne à la rédaction primitive du projet de loi et
« qu'on laisse au médecin traitant toute sa liberté d'action
« et toute la latitude qui lui est nécessaire pour agir aussi
« bien dans l'intérêt de ses clients que dans l'intérêt général. »

M. Cornil répondit que si la commission avait stipulé que les procédés de désinfection devaient être approuvés par le ministre de l'intérieur, après avis du comité consultatif d'hygiène publique de France, cette addition avait été faite entre le premier et le second amendement et qu'elle donnait satisfaction à M. Treille.

Il fit ensuite la déclaration suivante :

« Le médecin pourra et devra indiquer à la famille quels sont les meilleurs moyens de désinfection à employer ; il en a le droit et le devoir et s'il lui semble que tel procédé jugé efficace par l'approbation des corps savants est meilleur que celui qui est employé par l'administration de la ville où il habite, il conseillera d'employer ce procédé, et la famille pourra suivre son conseil, car nous n'avons nullement l'intention d'empêcher les industries privées de procéder elles-mêmes à la désinfection pourvu qu'elles l'opèrent par des procédés efficaces ». Après cette déclaration du Pr Cornil, le Sénat n'hésita pas à voter l'article 7.

Ce vote de l'article 7 a une portée considérable ; tant qu'au point de vue des mesures de désinfections qu'au qoint de vue de la déclaration.

Si la déclaration ne recevait, la plupart du temps, qu'une suite incomplète, n'était-ce pas surtout parce que l'administration ne pouvait pas prendre légalement les mesures de protection que cette déclaration aurait dû commander.

Dorénavant, la déclaration normalement suivie de la désinfection, pourra motiver toute mesure de prophylanie jugée utile par les médecins ou par l'administration.

Un décret du Président de la République, en date du 10 février 1903, rendu suivant les termes de l'article 4 après

avis de l'Académie de médecine, a déterminé la liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la loi. La liste du décret diffère essentiellement de celle de l'arrêté. Elle comprend deux parties :

Dans la première sont rangées les maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires ; dans la seconde les maladies pour lesquelles la déclaration est facultative, et la désinfection subordonnée à cette déclaration faite après entente avec les intéressés.

L'établissement de ces deux catégories de maladies constitue une innovation importante ; il accuse nettement le but poursuivi par le décret. Ce but est d'étendre au plus grand nombre possible de cas le bénéfice des dispositions de la loi, en reconnaissant aux praticiens, aux collectivités, la faculté d'y recourir de leur plein gré lorsqu'ils voudront se défendre contre certaines maladies auxquelles ne peut être imposé, quant à présent, le régime de la déclaration et de la désinfection obligatoire.

L'utilité de cette mesure s'est manifestée avec évidence pour la plus meurtrière des maladies transmissibles, la tuberculose pulmonaire.

Beaucoup se sont étonnés de ne pas voir figurer la tuberculose parmi les maladies dont la déclaration est obligatoire. Elle est au premier rang en effet parmi les maladies contagieuses et elle cause à elle seule plus de ravages que toutes les autres.

Maintes fois, cette question a occupé l'Académie de Médecine, en 1884, 1890, 1896 et plus récemment encore M. Grancher lisait à la tribune un rapport, qui selon l'expression de M. Valin, « restera le document classique de la prophylaxie de la tuberculose ».

Si l'on recherche les raisons qui ont fait exclure la tuberculose de la liste arrêtée par application de la loi de 1902, on doit noter tout d'abord l'incertitude dans laquelle on a longtemps vécu des causes de cette maladie. Jusqu'à une époque récente on en attribuait la principale cause à l'hérédité. Villemin, en 1865, avait démontré la contagiosité de cette maladie, Kock en 1882, avait porté un coup décisif à la théorie de l'hérédité.

Nocard démontra que la principale cause de la transmission, est la contagion. Lancereaux et bien d'autres ont professé la même opinion. Les derniers doutes ont été levés par le rapport de M. Grancher, qui démontra de plus que la tuberculose est curable quand elle est prise au début.

Mais la curabilité de la tuberculose n'est possible qu'autant que des mesures prophylactiques spécinales seront rigoureusement observées.

Peter disait « après des travaux sans nombre, les médecins d'accord avec le bon sens en arrivent à conclure que la meilleure médication du tuberculeux, est l'hygiène ». M. Lancereaux estime « que la tuberculose relève entièrement de l'hygiène et qu'elle disparaîtra comme la fièvre typhoïde avec des mesures d'hygiène convenables ».

L'intérêt social qui s'attache à la déclaration de la tuberculose était proclamé par les rapports du comité consultatif d'hygiène publique et de l'Académie de Médecine. Mais les deux rapporteurs étaient d'accord pour constater les difficultés pratiques devant résulter, pour rendre cette déclaration obligatoire, de l'état des mœurs, de la longue durée de la maladie et de l'insuffisance des moyens de désinfection. Tous deux ont pensé que sans inscrire la tuberculose pulmonaire

ouverte dans les maladies devant faire obligatoirement l'objet d'une déclaration, on pouvait l'atteindre dans un grand nombre de cas grâce à l'intervention des médecins, des chefs de collectivités et des administrations particulières.

M. Thoinot, rapporteur du comité consultatif s'exprime ainsi :

« Les maladies transmissibles auxquelles sont applicables « les prescriptions de la loi du 15 février, en vertu de l'ar- « ticle 4 de ladite loi, seront divisées en deux catégories sui- « vant que ces prescriptions présentent ou non un caractère « obligatoire. Dans la première catégorie, rentreront toutes « les maladies obligatoirement déclarables et obligatoirement « soumises à la désinfection. Dans la seconde, nous com- « prendrons les maladies transmissibles à caractère nettement « contagieux, mais qui pour des raisons sérieuses, d'origine « diverse ne sauraient actuellement rentrer dans la première « catégorie. Ces maladies pourront être soumises aux mêmes « règles que celles qui sont applicables aux maladies com- « prises dans la première catégorie, telle que déclaration et « désinfection, mais seulement lorsque ces mesures auront « été sollicitées ou provoquées par les médecins, la famille, « les chefs de collectivités publiques ou privées, les adminis- « trations hospitalières ou les bureaux d'assistance. La tu- « berculose ouverte est le type des maladies à comprendre « dans cette catégorie ».

M. le Dr Josias, dans son rapport à l'Académie de medecine, adhère dans les termes suivants à la solution proposée : « Nous arrivons à cette solution que la déclaration de la tuberculose ne peut pas être obligatoire à l'heure actuelle.

« Nous ne croyons pas devoir cependant rester inactifs et nous en tenir à cette conclusion. Nous aboutirions à main-

tenir le *statu quo*, ce qui serait coupable à l'égard de tous les intérêts.

« Si des mesures radicales sont impossibles, il est permis de souscrire à des mesures de transition qui améliorent l'état actuel et préparent les réformes de l'avenir. Ces mesures de transition sont précisément celles que nous soumet le comité consultatif d'hygiène en établissant une liste à déclaration facultative, au premier rang de laquelle est inscrite la tuberculose. »

Tel est l'esprit dans lequel est rédigée la liste qui fait l'objet de l'article premier de l'arrêté du 10 février 1903.

Il importe de mettre en lumière le haut intérêt de la distinction qu'elle consacre et grâce à laquelle les moyens de defense instituées par la loi seront, pour toute une catégorie de maladies qui n'auraient pu être atteintes autrement, mis à la disposition de tout le monde sans être imposé à personne.

L'article 2 du decret du 10 juin précise « que pour les maladies mentionnées dans la 2e partie de la liste ci-dessus, il est procédé à la désinfection, après entente avec les intéressés soit sur la déclaration des praticiens visés à l'article 5 de la loi du 12 février 1902, soit à la demande des familles, des chefs de collectivités publiques ou privées, des administrations hospitalières ou des bureaux d'assistance sans préjudice de toute autre mesure prophylactique déterminées par le règlement sanitaire prevu par l'article premier de la loi.

La déclaration conserve son caractère obligatoire pour toutes les maladies de la première catégorie qui comprend, outre celles qui figurent dans l'arrêté du 23 novembre 1893 la rougeole, et la méningite cérébro-spinale épidermique.

Le principe de la déclaration obligatoire se justifie par lui-

même. Il a déjà été mis en lumière dans les débats préparatoires de la loi du 30 novembre 1892.

« Il est impossible, disait le Pr Cornil, d'organiser l'hygiène dans une ville, dans une commune, si la municipalité, si le « bureau d'hygiène qui la représente dans un certain nom- « bre de nos grandes villes, n'est pas prévenu au dé but, « d'une épidémie de chaque fait de maladie qui se présente « dans la ville ou dans la commune. Il faut connaître le mal « dès son apparition dans telle maison, dans tel quartier pour « y porter un remède efficace ».

C'est en somme l'intérêt qu'a le corps social de connaître dès son apparition, une maladie épidémique qui avait conduit le législateur de 1892 à faire de la déclaration de la maladie une obligation pour le médecin. Le législateur de 1902 a jugé nécessaire d'affirmer, une fois de plus, la même prescription en lui donnant une place définitive dans le système général institué pour protéger la santé publique.

Comment en effet combattre les maladies transmissibles, si on ne connaît pas leur existence ou si on ne les connaît que lorsqu'elles ont acquis une puissance supérieure aux moyens qu'on peut leur opposer.

« La déclaration, disait M. Viseur au Sénat, domine la police sanitaire ; seule elle permet de prendre en temps utile les mesures capables de combattre victorieusement les épidémies »

Si donc on admet (et personne ne le conteste plus aujourd'hui) qu'il y a des maladies transmissibles, la confection de la liste est la conséquence de leur transmissibilité, la déclaration la conséquence de la confection de la liste et la désinfection est la conséquence nécessaire de cette déclaration.

La loi du 15 février ajoute à cet enchaînement logique de dispositions un troisième terme qui permettaient seuls les deux premiers, mais qui leur donne seul à son tour leur efficacité. C'est d'une part la désinfection prescrite par l'article 7, d'autre part l'ensemble des mesures de prophylaxie ou d'assainissement devant résulter de l'application des règlements sanitaires municipaux prévus à l'article premier.

En présence de ces prescriptions, il ne sera plus possible de prétendre qu'une déclaration n'est qu'une formalité superflue à laquelle les médecins sont excusables de se soustraire parce qu'elle est sans effet utile.

Si excessive que fut cette opinion en présence des services dont les populations sont redevables dans le passé à l'intervention des médecins des épidémies et des autorités administratives chargées de l'hygiène publique, elle pouvait sinon se justifier, du moins s'expliquer sous le régime de la loi du 30 novembre 1892.

Désormais, la déclaration pourra toujours être suivie de désinfection du local occupé par le malade ; ou de mesures sanitaires portant sur la qualité des eaux, l'évacuation des matières usées ou l'aménagement des immeubles.

Contre cette déclaration un certain nombre de médecins ont invoqué le principe du secret professionnel. Cet argument avait déjà été produit pour combattre la loi de 1892 que l'on accusait de faire échec à l'article 378 du code pénal.

Et cependant, si l'on avait voulu chercher dans l'histoire, on aurait trouvé bien des dérogations inscrites dans les textes ; l'édit de décembre 1666 obligeait le médecin qui avait soigné une personne blessée dans une rixe à en faire la déclaration. L'ordonnance du 4 novembre imposait la même obligation aux maîtres en chirurgie.

Les ordonnances du 17 novembre an IX, 16 mars 1865, 26 août 1860 remirent en vigueur l'édit de 1666. La loi de 1822 prescrit à tout individu ayant connaissance d'un cas de maladie pestilentielle de le déclarer. M. le Pr Brouardel ne pense pas que ce soit une atteinte au secret professionnel car on ne parle que de maladies épidémiques.

Cette objection a fait l'objet d'un examen particulier de la part du Dr Josias.

« Ce n'est pas seulement la tradition elle-même, c'est « aussi la loi qui impose au médecin le secret professionnel. « Or, ce que la loi fait, elle peut le défaire et quand les pres- « criptions de la loi sont commandées par l'intérêt public on « est mal venu à se refuser d'obéir en se retranchant der- « rière la tradition ancienne, si respectable soit-elle. L'obli- « gation morale de garder le secret est primée par l'obli- « gation légale de faire la déclaration. Au surplus, si le médecin « doit déclarer à l'autorité compétente les maladies conta- « gieuses qu'il constate, il est tenu au secret vis-à-vis de tout « autre, et l'agent de l'autorité qui reçoit sa déclaration est tenu « lui aussi de garder le secret professionnel. Au lieu d'avoir « le médecin comme seul confident, le malade en a deux « désormais, le médecin et l'autorité compétente. Le secret « n'en sera pas moins bien gardé ».

Le Dr Josias, rappelait, à cette occasion, que la cour de cassation a consacré par un arrêt du 13 mars 1897 la responsabilité d'un secrétaire de mairie qui avait communiqué à des tires des avis de déclaration. Il conclut, que « dans les circonrtances présentés les médecins sont mal fondés à invoquer le secret professionnel pour se soustraire à l'obligation de la déclaration, puisque la loi est égale pour tous et que le secret professionnel ne sera pas divulgué par l'autorité ».

C'est cette considération du secret professionnel qui faisait écrire à M. Reynier les lignes suivantes :

« Il faut, si l'on veut que la déclaration des maladies conta-
« gieuses soit acceptable et à accepter par les médecins et
« les familles, qu'elle soit faite de médecin à médecin et
« qu'elle ne sorte pas de cette façon de l'enceinte profes-
« sionnelle ».

Il faut qu'il y ait dans chaque arrondissement ou gros bourg un bureau sanitaire ayant à sa tête un médecin qui recevra la déclaration de ses confrères et s'assurera que les malades sont suffisamment isolés.

Or, la loi prévoit l'existence de bureaux d'hygiène. Si nous rapprochons cette prescription de cette circonstance que la tendance est très ferme chez les municipalités qui possèdent déjà des bureaux d'hygiène à en confier la direction à des médecins, nous voyons que cette idée du Dr Reynier a prévalu. Il nous semble qu'il serait bon que cette mesure fût généralisée, car ce serait assurément une des manières les plus efficaces d'assurer l'exécution de la loi.

La loi du 15 février 1902 a organisé soigneusement la lutte contre les maladies transmissibles et a imaginé à cet effet trois échelons.

Le premier échelon est représenté par le maire, le second par le préfet qui en cas d'épidémie peut ordonner l'exécution immédiate des mesures présentées par les maires.

Il fallait enfin retenir l'hypothèse où les mesures locales seraient insuffisantes et c'est ici que nous rencontrons le 3e échelon ; le Président de la République interviendra par décret, après avis du comité consultatif d'hygiène publique de France.

Le législateur se trouvait guidé dans ce cas par la loi du 3 mars 1822 qui permettait au chef de l'Etat d'intervenir, tant pour assurer la protection des côtes, ports, rades, que pour defendre le territoire lui-même.

Mais la loi de 1822 ne visait que les maladies pestilentielles

« S'il importe, disait M. Legrand au comité consultatif « d'hygiène, de se défendre contre les maladies du dehors, « qui en somme sont rares, il importe bien plus de s'opposer à « l'éclosion et à la propagation des maladies autochtones qui « ont été, à juste titre, appelées maladies évitables. »

La loi du 3 mars 1822 présentait de plus une particularité. Elle ne déterminait pas les mesures que le chef de l'Etat pouvait et devait prendre. Elles les laissait à sa discrétion.

Or, il y a là une dérogation formelle aux principes fondamentaux de notre droit, dérogation qui se justifie par l'importance des intérêts en jeu.

L'article 8 reproduit et consacre cette dérogation. Le Président de la République, sous réserve de l'avis préalable du comité consultatif d'hygiène publique de France prend, sans la plus légère limitation toutes les mesures qu'il croira utiles. Il désignera les autorités et administrations chargées d'appliquer les mesures à ordonner et leur déléguera pour un temps déterminé le pouvoir de les exécuter. Il agira souverainement, et ses décisions ne pourront faire l'objet d'un recours. L'épidémie disparue, cette organisation disparaîtra d'elle-même.

CHAPITRE III

TRAVAUX D'ASSAINISSEMENT

Le projet de loi présenté par le gouvernement s'inquiétait d'assurer l'exécution des travaux d'assainissement indispensables pour remédier à l'insalubrité des communes et s'inspirait des découvertes les plus récentes de la science moderne pour pendre les mesures destinées à pourvoir d'eau potable les communes qui en manquaient.

La Chambre étendit la compréhension du texte à un troisième cas. « lorsque les caux usées restent stagnantes au milieu des habitations. » Sans doute, on peut dire qu'il n'y a là qu'une des particularités prévues par l'expression « assurer les travaux indispensables. »

Mais outre que cette expression ne semblait désigner que des opérations très considérables, la stagnation des eaux par suite des gazs qu'elles dégagent en se corrompant consti-

tue une cause grave d'insalubrité sur laquelle le législateur a cru devoir insister.

Le Ministre de l'Intérieur devait déterminer les moyens à employer pour obtenir ces divers résultats, soit en invitant les conseils généraux à entreprendre les travaux nécessaires, soit en confiant au comité consultatif d'hygiène publique de France le soin de concilier les opinions en désaccord sur l'utilité des travaux, soit en les y contraignant. La dépense pouvait être au besoin mise intégralement à la charge des communes, dans les conditions de la loi du 16 septembre 1807.

M. Langlet dans son rapport augmentait les garanties affectés au particulier et à la commune en décidant que le préfet ne pourrait inviter le conseil départemental d'hygiène à statuer sur l'utilité des travaux à exécuter que sur le vu du rapport de l'inspecteur sanitaire.

M. le Pr Cornil entrait plus encore dans cette voie en ajoutant que le-dit rapport serait préalablement communiqué au conseil municipal, le maire étant mis en demeure de présenter ses observations au conseil départemental d'hygiène et ce n'est que si dans un délai d'un mois le conseil départemental refusait de statuer ou n'avait pas dans les 3 mois fait commencer les travaux, qu'un décret du Président de la République les rendrait obligatoires en déterminant les moyens d'exécution

Cette détermination devait être faite avec bienveillance et dans un esprit de conciliation ; on ne tombait plus sous le coup de la loi de 1807. Lors de la discussion au Sénat, pour augmenter ces garanties, il a été décidé que la dépense des travaux ne pourra être mise à la charge des communes que par une loi.

Hors le cas de contrainte pour mauvaise volonté, le Conseil général peut participer aux dépenses, conformémeut à l'article 46 de la loi du 10 août 1871. L'article 24 du rapport Cornil s'inspirait de la proposition de loi de M. Montaut.

Le regretté député de Seine-et-Marne dans une proposition de loi qu'il déposa en 1892 et qui avait pour objet, le captage, la dérivation et l'adduction des eaux potables dans les communes ramenait à trois chefs principaux les difficultés et les obstacles qui ont paralysé leur iniative.

1° La complexité des formalités administratives qui leur sont imposées lorsqu'elles demandent l'autorisation d'exécuter des travaux de dérivation et d'adduction.

2° La difficulté pour les communes de trouver des agents techniques d'une compétence suffisante.

3° Leur pénurie.

Pour remédier à cette situation, l'honorable député confie à « un service des eaux d'alimentation » qui serait rattaché au ministère des travaux publics, le soin de procéder aux études préliminaires. Les formalités fastidieuses disparaîtraient alors. Pour saisir ce service, il suffirait d'une simple délibération du conseil municipal de la commune intéressée. Cette délibération ferait connaître, en outre, la situation financière de la commune. Les frais d'études seraient comme en matière de voirie à la charge de l'Etat.

Pour obvier à la pénurie des communes, M. Montaut les autorise à contracter des emprunts pour faire face à ces travaux.

Dans la deuxième partie de sa proposition M. Montaut stipule que l'administration devra déterminer un périmètre de protection des eaux communales ainsi qu'il est prescrit

quand il s'agit d'eaux minérales. Il sera interdit dans l'étendue de ce périmètre

1° De faire des travaux de nature à nuire au captage des sources en les détournant ou en amoindrissant le volume d'eau.

2° De construire des usines, fosses d'aisances, écuries ou tout établissement de nature à souiller les eaux par infiltration au déversement.

Le 10 avril 1899, le gouvernement poussé par M. Strauss, décida la nomination d'une commission chargée :

1° De rechercher quelles mesures peuvent être prises, pour abréger les délais de l'instruction des projets de captage, et d'amener des eaux destinées à l'alimentation publique ;

2° D'étudier les moyens les plus propres à assurer la protection des sources, notamment des sources dites vauclusiennes.

M. Henri Monod rapporteur, déposa les conclusions de la commission qui furent adoptées dans la séance du 17 mars 1900. Ces conclusions furent consacrées par la circulaire du 10 décembre 1900.

C'est en s'inspirant de l'exposé du projet de 1891 et du rapport de la commission sur l'instruction des projets de captage et d'adduction d'eaux, sur le droit d'usage, l'acquisition et la protection des sources que M. Strauss présenta l'amendement, qui, appuyé par le gouvernement et accepté par la commission, a donné naissance aux 3 derniers paragraphes de l'article 10.

La loi de 1902 décide que le décret d'utilité publique sur le captage d'une source pour le service d'une commune déterminera, s'il y a lieu, en même temps que les terrains à acquérir en pleine propriété, un périmètre de protection.

La création d'un périmètre de protection, est la principale innovation de cet article. Il faut remarquer que les terrains qui formeront ce périmètre, ne seront pas la propriété de la commune qui capte la source. Ils continueront à appartenir aux particuliers qui en sont détenteurs. Mais ces terrains sont grevés d'une véritable servitude qui consiste dans l'interdiction d'y répandre des engrais humains ou d'y forer des puits sans la permission du préfet.

La surveillance et le contrôle seront exercés par le maire de la commune et ses agents en même temps que par les maires des communes dont les locataires sont compris dans le périmètre de protection.

CHAPITRE IV.

LOGEMENTS INSALUBRES

Un des points les plus critiqués de la législation sanitaire française, c'était assurément la loi sur les logements insalubres autrement dit loi du 13 avril 1850, complétée par celle du 25 mai 1864. Sans doute, cette loi avait été utile et avait constitué un progrès, si l'on considère l'époque où elle intervint.

Elle fut un progrès parce que le législateur avait perdu de vue les lois de l'époque révolutionnaire qui renfermaient tous les pouvoirs, et qui permirent aux administrateurs belges, d'organiser d'une façon bien plus efficace que chez nous, l'œuvre d'assainissements et d'hygiène.

Mais elle n'était pas toujours ni applicable, ni appliquée.

En effet, si nous examinons au point de vue critique, la loi du 13 avril 1850, nous remarquons tout d'abord, que depuis

50 ans qu'elle existe, 8 à 10 villes seulement y ont fait appel. Mais si dans une ville déterminée le conseil municipal décide d'user de la loi de 1850 et de créer une commission, nous en voyons immédiatement le rôle réduit.

Un des principaux reproches que l'on puisse faire à la loi, c'est d'organiser même dans les cas les plus urgents où une intervention immédiate serait nécessaire, une longue et fastidieuse procédure.

Cette critique n'est pas la seule. Déjà en 1884, dans un mémoire au conseil d'hygiène et de salubrité du Calvados, M. Monod écrivait « Notre loi du 13 avril ne donne pas les « moyens d'action nécessaires ; d'une part défendant au « maire chargé de la police municipale, d'agir sans le conseil « municipal, elle remet au pouvoir délibérant, ce qui est du « ressort du pouvoir exécutif. D'autre part, en cas d'inac- « tion du maire, ou de résistance du conseil municipal, elle « laisse l'autorité supérieure désarmée. »

Dans un rapport à la commission des logements insalubres de Paris, le Docteur Du Mesnil n'était pas moins sévère « La « loi du 13 avril 1850 ne nous donne aucune attribution pou- « vant prévenir l'insalubrité des habitations et encore moins « les périls qui peuvent résulter de certains dispositifs dan- « gereux de leur construction. Nous ne sommes appelés à « agir que lorsque des causes d'insalubrité émise nous sont « signalées par des occupants, c'est-à-dire quand le mal « existe. »

Toutes ces critiques sont résumées dans le projet de revision présenté au nom de la commune des logements insalubres de Paris le 20 mars 1882 par M. Hudelo l'un de ses membres.

Ce projet note l'inertie des conseils municipaux, la résis-

tance des tribunaux administratifs, les lenteurs de la procédure qui permettent à certaines affaires de durer plus de 6 ans. M. Hudelo critiquait l'esprit d'une loi qui ne s'était appliquée qu'à détruire l'insalubrité des habitations ouvrières et négligeait les autres cas d'insalubrité ; qui ne s'étendait qu'à une classe de citoyens, les locataires, et passait sous silence les employés des propriétaires, les établissements publics, les ateliers et surtout les garnis.

Au premier Congrès d'assainissement de salubrité et d'hygiène, le Dr Martin disait :

« Elle a eu le fâcheux effet de diminuer les pouvoirs du maire « en matière de salubrité des habitations, tout en ordonnant « des dispositions facultatives et en créant des garanties par « trop grandes à la mauvaise volonté des ayants droit ».

Cette observation est très exacte et trouve sa confirmation dans un pays voisin du nôtre, en Belgique. Dans ce pays on s'en est tenu à la loi du 14 décembre 1789 qui range parmi les attributions du pouvoir municipal celui de faire jouir les habitants d'une bonne police, notamment de la salubrité dans les rues et édifices.

Aussi M. Langlet dans son rapport à la Chambre des députés dira-t-il que ces lois pénétrant en Belgique en 1794 en même temps que celle du 28 septembre 1791 « y deviennent les « bases de l'administration sanitaire, confiée à l'autorité de « la toute puissance communale, tandis qu'en France la même « administration ne se croit pas suffisamment armée par la « même loi et se voit parfois lorsqu'elle tente de s'en servir « ramenée par une jurisprudence étroite et méticuleuse à de « plus modestes proportions ».

Les hygiénistes critiquant la loi de 1850 demandaient :

1° Que les propriétaires fussent contraints avant de louer un immeuble nouvellement construit ou réparé d'obtenir l'autorisation du maire ;

2° Que les architectes fussent tenus de se soumettre aux exigences légitimes de l'hygiène et de ne commencer les travaux qu'après avoir obtenu du maire un certificat établissant que les conditions de salubrité ont été observés dans leurs plans.

Ces vœux furent accueillis ; un premier texte voté par la Chambre disposa que ces prescriptions devaient être observées dans les agglomérations de 5.000 habitants et au-dessus ; le préfet restait libre d'appliquer ces dispositions aux agglomérations de moins de 5.000 habitants, après avis conforme du conseil départemental d'hygiène. A défaut pour le maire de statuer dans les 20 jours du dépôt à la mairie, sur la demande de construire ou d'habiter, le propriétaire pouvait agir comme si l'autorisation requise avait été accordée. Si le maire refuse l'autorisation celle-ci peut être accordée par le préfet.

Le Sénat substitua un maximum de 20,000 habitants au chiffre primitif de 5,000, et le préfet ne peut plus appliquer cette disposition aux communes dont la population est inférieure à 20,000 habitants. Enfin l'autorisation d'habiter est supprimée et le permis n'est plus exigé lorsqu'il s'agit de modifier des constructions anciennes.

Abordons maintenant un des points les plus délicats de la loi de la santé publique ; nous voulons parler des mesures destinées à assainir les immeubles déjà existants et reconnus insalubres.

Lorsqu'un immeuble, bâti ou non, attenant à la voie pu-

blique est dangereux pour la santé des habitants et des voisins, le maire invite la commission sanitaire à donner son avis :

1° Sur l'utilité et la nature des travaux à exécuter ;

2° Sur l'interdiction d'habitation de tout ou partie de l'immeuble jusqu'à ce que les conditions d'insalubrité aient disparu.

Les intéressés avisés 15 jours à l'avance de la réunion de la commission peuvent produire leurs observations. Ils sont entendus par elles, s'ils le désirent et ils assistent aux visites. Si l'avis de la commission est en désaccord avec celui du maire, le préfet saisira le conseil départemental d'hygiène. Les intéressés pourront produire leurs observations. Ils auront eu au préalable communication de l'avis de la commission.

L'avis du conseil sanitaire ou du conseil départemental d'hygiène évalue l'importance des travaux présents et pour le délai dans lequel l'immeuble cessera d'être habité en totalité ou en partie. Lorsque les travaux auront été définitivement fixés, le maire prendra un arrêté qui ordonnera ou portera l'interdiction d'habiter. Dans ce dernier cas, l'autorisation préfectorale est requise.

Dès lors, deux alternatives peuvent se présenter :

1° Les intéressés ne se pourvoient pas contre l'arrêté du maire ; à l'expiration du délai prescrit, ils sont traduits en simple police. Le jugement autorise le maire à exécuter d'office à leurs frais, sans préjudice des pénalités portées à l'article 47 du code pénal :

2° S'agit-il d'une interdiction d'habiter ?

Les poursuites auront lieu devant le tribunal correctionnel qui autorisera le maire à faire expulser les occupants à leurs

frais et pourra les frapper d'une amande de 16 à 500 francs.

3° Les intéressés se pourvoient ? Devant quelle juridiction auront-ils recours ?

D'après le projet du gouvernement, les intéressés avaient recours devant le juge de paix contre l'arrêté du maire. Cette procédure était simple et peu coûteuse. La commission de la Chambre écarta cette juridiction. On constata que le juge de paix n'avait aucune compétence techniqne et on lui confiait le soin de reformer les décisions de deux commissions spéciales. Mais aucune juridiction nouvelle n'étant indiquée, il en résulta que les commissions restaient souveraines. Tout au plus restait-il le recours, pour excès de pouvoir ou inobservation des réglements, devant le conseil d'Etat.

La Commission du Senat décida que le recours serait ouvert devant le tribunal civil ou le juge de paix suivant l'importance des travaux. Le Senat ne ratifia point cette modification ; il y vit une confusion regrettable entre l'autorité judiciaire et l'autorité administrative.

Le Senat a donc maintenu le principe de la commission des logements insalubres en posant toutefois le principe de l'obligation.

De plus la commission est compétente qu'il s'agisse d'immeuble bâti ou non et qu'il soit occupé par un locataire ou par le propriétaire; les travaux prescrits sont executés d'office.

CHAPITRE V

Conseils d'hygiène.

En 1802, le préfet de police Dubois créa le conseil de salubrité de Paris. Plusieurs villes imitèrent cet exemple et en 1836 le ministre du commerce invita l'Académie de médecine à préparer un plan d'organisation générale des conseils de salubrité de département. C'est à cette occasion qu'intervint l'arrêté du chef du pouvoir exécutif, (18 décembre 1848, 5 février 1849), décidant que le préfet pourrait par arrêté spécial créer au chef-lieu de canton des commissions d'hygiène publique. Il institua en outre dans chaque arrondissement un conseil d'hygiène et de salubrité, qui devait comprendre 8 membres au moins et 15 au plus. Les

membres nommés par le préfet pour 4 ans étaient renouvelés par moitié tous les 2 ans. Enfin, au chef-lieu de préfecture, était créé un conseil d'hygiène et de salubrité départementale qui devait réunir aux attributions des conseils d'arrondissements celles énumérées à l'article 12 dudit arrêté et doubles membres étaient nommés de la même manière. Le chef du pouvoir exécutif voulait consacrer d'une façon définitive l'existence des conseils de salubrité organisés dans les villes, soit à l'aide de simples arrêtés municipaux, soit par l'initiative du préfet. Aux termes de cet arrêté, les conseils d'hygiène d'arrondissement sont chargés de l'étude des questions d'hygiène publique intéressant leur circonscription, qui leur sont renvoyé espar le préfet. Le conseil départemental a pour mission de donner son avis sur toutes les questions qui lui sont renvoyées par le préfet, sur les questions relatives à plusieurs arrondissements ou relatives au département tout entier.

Tels étaient les règlements qui régissaient les conseils d'hygiène. Mais les résultats n'ont pas été ceux qu'on était en droit d'attendre. « Soit négligence des préfets, soit indifférence de la part des membres de ces conseils, les résultats obtenus ont été presque nuls » (Rapport de Chamberland).

L'article 9 énumérait les questions sur lesquelles les conseils d'hygiène devaient être consultés. Or, peu à peu, l'administration prit l'habitude de ne les consulter que dans des cas de plus en plus rares, et aujourd'hui ils se bornent à donner leur avis sur les demandes d'établissement dangereux, insalubres ou incommodes.

Par une lettre en date du 31 octobre 1884, on avait invité le comité consultatif d'hygiène publique de France, à pré-

parer un projet de loi en vue de la réorganisation des conseils d'hygiène.

Le rapport adressé au ministre constata que l'assainissement des localités et habitations leur avait été enlevé par la loi du 13 avril 1850 que la lutte contre les épizooties, confie à un service départemental spécial relevant du ministère de l'agriculture leur avait également échappé, que leur mismission de propagation de la vaccine avait été réduite à néant, qu'enfin tandis que loi de 1843 instituait les inspecteurs du travail dans les ateliers, l'absence de laboratoire ne leur avait pas permis de poursuivre utilement les fabricants ou vendeurs de denrées falsifiées.

Une autre cause qui empêchait l'arrêté de 1838 d'être véritablement efficace ; c'était le défaut de sanctions.

Qu'un conseil d'hygiène, qu'une commission locale apprécie que dans telle circonstance et y a lieu pour les pouvoirs publics d'intervenir, comment cette opinion se manifestera-t-elle ? Cette commission, ce conseil seront au préfet l'utilité des mesures à prendre. Existe-t-il dans la ville une commission des logements insalubres elle sera chargée d'étudier à son tour, l'utilité de ces mesures. Les repoussera-t-elle la décision est sans appel.

S'il n'y a pas de commission, c'est au préfet de statuer et lui seul sera juge de ce qu'il doit faire. « L'exécution des décisions des conseils départementaux appartient donc à une administration nullement compétente » (Dr J. Martin).

La loi de 1902 a modifié profondément l'organisation et le fonctionnement des conseils et des commissions d'hygiène. Dorénavant nous aurons dans chaque département :

1° Un certain nombre de commissions sanitaires.

2° Un conseil départemental.

La loi ne retient donc plus la division actuelle en un certain nombre de circonscriptions administratives déterminées. Elle permet de procéder à un sectionnemont d'une nature nouvelle et de placer partout où besoin en sera une commission sanitaire.

Cette organisation nouvelle pourra être avantageuse.

En effet, lorsque M. Martin Nadaud, au nom de la commission des logements insalubres de Paris, déposa son projet tendant à la modification de la loi de 1850, on se trouva en présence de différentes critiques toutes à retenir.

Les uns plaçaient une commission dans chaque commission, les autres au chef-lieu de canton. Aux premiers on disait : « Êtes-vous bien sûr de trouver dans chaque commune des éléments suffisants pour constituer une commission.

Dans les petiies localités où tous se connaissent ne faut-il pas redouter que les prescriptions ne se ressentent de cette situation et que la loi ne reste lettre morte ou au contraire ne serve d'arme dans les querelles privées.

Aux autres on disait : Les cantons ont une étendue très variable ; les communications d'une extrémité à l'autre sont parfois difficiles. Voulez-vous imposer à la commission ou à son délégué un tel déplacement pour constater l'inexistence d'une fosse réglementaire où l'écoulement à ciel ouvert des eaux usées d'un immeuble. De plus, la commission ne sera-t-elle pas dans l'impossibilité pratique de s'assurer de l'exécution de ses prescriptions.

Ces critiques avaient une très réelle importance. Le législateur pour les éviter a imaginé un autre système, qui consiste à faire fixer par une délibération du conseil général le

nombre des circonscriptions sanitaires, qui chacune seront pourvues d'une commission sanitaire.

2e Conseil départemental,

Le conseil départemental se compose de 10 membres au moins et de 15 au plus. Il devra comprendre nécessairement deux conseillers généraux, trois médecins dont un de l'armée de terre ou de mer, un pharmacien, l'ingénieur en chef, un architecte et un vétérinaire.

La présence des représentants élus est indispensable, le conseil ayant à se préoccuper de questions qui auront fréquemment leur répercussion, sur les intérêts généraux du département. Il était donc nécessaire d'y faire pénétrer obligatoirement quelques membres du conseil général. L'indication relative au médecin des armées de terre ou de mer, s'inspirer de l'arrêté du 5 juin 1890 et de la circulaire ministérielle du 17 juin 1893 qui nomment membre du conseil d'hygiène dans les villes de garnison le médecin le plus élevé.

C'est dans le même esprit qu'il a été décidé que chaque commission sanitaire comprendra un conseiller général, un médecin, un architecte, et un vétérinaire. De plus, ces assemblées doivent être considérées comme distinctes.

Les conseils d'hygiène sont chargés de vérifier les mesures sanitaires prises par les maires dans les communes et d'indiquer aux préfets les mesures qui seront applicables à plusieurs communes tant en cas d'épidémie que dans le cas où le mauvais vouloir des maires forcerait le préfet à intervenir.

Enfin, la loi de 1902 a décidé qu'un décret réglementerait le comité consultatif, la nomination des auditeurs et la cons-

titution d'une section permanente. Le comité consultatif d'hygiène publique de France délibère sur toutes les questions intéressant l'hygiène publique, l'exercice de la médecine et de la pharmacie, les conditions d'exploitation ou de vente des eaux minérales pour lesquelles il est consulté par le gouvernement. Il est nécessairement consulté sur les travaux publics d'assainissement ou d'amener des eaux d'alimentation des villes de plus de 50,000 habitants et sur le classement des établissements insalubres, dangereux ou incommodes.

Il est spécialement chargé du contrôle et de la surveillance des eaux captées en dehors des limites de leurs départements respectifs pour l'alimentation des villes.

Le conseil d'hygiène publique est chargé de la haute surveillance de la santé publique et du soin d'assister le ministre. Il peut charger les auditeurs de faire des enquêtes et de remplir les missions jugées nécessaires.

Conclusions

La législation sanitaire de 1884 et des lois antérieures était insuffisante.

1° Parce que le maire, agent principal d'exécution de la loi, ne possédait pas en matière d'hygiène des pouvoirs suffisants.

2° Parce que les conseils d'hygiène n'avaient pas une autorité suffisante.

3° Parce que la loi était incomplète en ce qui concernait les travaux d'assainissement.

4° Parcequ'il n'y avait pas de crédits assurés pour payer les dépenses sanitaires et que les pénalités étaient insuffisantes ou inappliquées.

La loi de 1902 a augmenté le pouvoir des maires en matière d'hygiène, a décidé que les maires doivent rendre des arrêtés sanitaires qui sont soumis à l'approbation du conseil départemental ; elle fixe les cas où les préfets se substituent

aux maires ; elle prévoit les dépenses sanitaires, elle fixe à nouveau les pouvoirs des conseils d'hygiène et des commissions sanitaires ; elle réglemente les questions de captage des eaux et corrige la loi de 1850 en posant le principe de l'obligation.

Elle consacre définitivement le principe de la déclaration obligatoire, si important pour combattre les maladies épidémiques et rend efficace ce principe en décrétant que des mesures de désinfection doivent suivre la déclaration.

Elle rappelle les peinesquipeuvent être infligées à ceux qui n'observent pas les prescriptions émises par la loi.

Quoique cette loi soit incomplète, elle a le mérite de créer un commencement de code sanitaire, susceptible de perfectionnement là où trop longtemps il n'a existé qu'un amas confus de textes disparates et d'actes administratifs sans cohésion.

Vu :
Le Président,
BROUARDEL.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

Bibliographie.

Documents parlementaires.
(Rapport Maze, proposition Lockroy, Siegfried). Projet Constans.
Loi du 15 février 1902 et 7 avril 1903.
Décret du 18 décembre 1902 sur le fonctionnement du comité consultatif d'hygiène.
Décret du 10 février 1903 sur la désignation des maladies visées par l'article 4 de la loi du 15 février, arrêté ministériel du 10 février 1903 sur le mode de déclaration des maladies visées par l'article 5.
Circulaire du 5 juin sur les articles 4 et 5 de la loi du 15 février 1902.
Circulaire ministérielle du 12 juin 1903.
Rapport du Dr Borne.
Rapport du Pr Cornil.
Traité d'hygiène de Palmsberg et de Proust.
Pilassier. De la détermination des travaux publiés en matière d'hygiène.
Essai d'organisation de la médeçine publique en France par le Dr Martin.
Rapport de Pignault.
Dr Lacassagne. Hygiène purement sociale.

Pr Brouardel (Le secret médical).

Mosny. La loi de 1902.

Commentaire administratif et technique de la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique par le Dr Martin et Abert Bluzet.

Lemière (G.). Rapport sur la déclaration et la désinfection obligatoires dans les maladies infectieuses telles qu'elles sont proposées dans le projet de loi sur la santé publique et en particulier sur la déclaration obligatoire de la tuberculose.

Saingery. La désfnfection et la loi relative à la protection de la santé publique.

Weill (G.-A.) A propos de la loi sur la santé publique.

Strauss (Paul). La loi sanitaire.

Dagrou. Rapport de la Commission nommée pour étudier la loi sur la santé publique et donner les meilleures conclusions pour son application.

Paris. — Imprimerie de l'Institut de Bibliographie. — XII-1904. — N° 1408.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE